

ORIGINALES



Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural

C. Martín Pérez^a, R. Pedrosa García^b, J.J. Herrero Martín^c, J. de Dios Luna del Castillo^d, P. Ramírez García^a y J.M. Sáez García^a

Objetivo. Conocer la prevalencia de psicopatología en un centro de salud rural y comparar los resultados con los obtenidos en estudios de similar diseño.

Diseño. Estudio de prevalencia, transversal, de doble fase: primera de detección y segunda de evaluación psicopatológica.

Emplazamiento. Centro de Salud del Marquesado (Granada). Población rural dispersa con bajo nivel socioeconómico y alto porcentaje de ancianos.

Participantes. Muestra aleatoria simple representativa de la población mayor de 18 años de la comarca. N = 245. Error $\alpha = 5\%$. Fuente de muestreo: censo electoral.

Mediciones. Cuestionario GHQ-28 de Goldberg, datos sociodemográficos y test de CAGE. A los que superaron el punto de corte (GHQ-28 ≥ 5) se les administró el cuestionario CIS por psiquiatra, asignándoseles un diagnóstico CIE-10. Si CAGE ≥ 2 se estudió consumo perjudicial de alcohol.

Si había diagnóstico previo, se obvió la segunda fase.

Se obtienen prevalencias con su intervalo de confianza exacto.

Resultados. Prevalencia de psicopatología: 28,6% (34,5% en mujeres y 22,6% en varones). Un 30% de los casos obtuvo 2 diagnósticos. La patología más prevalente la constituyen los trastornos por ansiedad (8,97%), que representan el 23,9% de los diagnósticos agrupados. Los trastornos depresivos tienen una prevalencia del 8,16% y el consumo problemático de sustancias un 6,12%.

El diagnóstico aislado más frecuente es el de distimia (9,78% de los casos).

La morbilidad psiquiátrica oculta es del 40%.

Conclusiones. La prevalencia de psicopatología es muy elevada. Los trastornos más frecuentes son los ansiosos, seguidos de los depresivos y el consumo perjudicial de alcohol.

Palabras clave: Enfermedad mental. Prevalencia. Comunidad.

PREVALENCE OF PSYCHIATRIC PATHOLOGY AT A RURAL HEALTH CENTRE

Objectives. To find the prevalence of psychiatric pathology at a rural health centre and to compare the results with results from studies with a similar design.

Design. Two-stage crossover study of prevalence: first, detection and then, psychiatric pathology evaluation.

Setting. El Marquesado Health Centre (Granada). Scattered rural population with low social and economic level and high percentage of elderly people.

Participants. Simple randomised sample representing the population over 18. N=245; error $\alpha=5\%$. Sampling source: electoral register.

Measurements. GHQ-28 Goldberg Questionnaire, social and demographic data, and CAGE test. The CIS questionnaire for psychiatry was administered to those who exceeded the cut-off point (GHQ-28=5) and they were allocated a DSM IV diagnosis. If CAGE was ≥ 2 , damaging alcohol consumption was studied. If there was a prior diagnosis, the second stage was avoided. Measurements of prevalence with their exact confidence intervals were made.

Results. Prevalence of psychiatric pathology: 28.6% (34.5% in women and 22.6% in men). 30% of cases had two diagnoses. Anxiety disorders were the most common pathology (8.97%), representing 23.9% of the grouped diagnoses. Depression disorders had 8.16% prevalence; problematic consumption of substances, 6.12%. The most common isolated diagnosis was Dysthymia (9.78% of cases). Hidden psychiatric morbidity reached 40%.

Conclusions. The prevalence of psychiatric pathology is very high. The most common disorders are those of anxiety, followed by depression and damaging alcohol consumption.

Key words: Mental illness. Prevalence. Community.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marquesado. Granada. España.

^bDUE Centro de Salud Marquesado. Granada. España.

^cPsiquiatra. Equipo de Salud Mental de Guadix (Granada). España.

^dDoctor en Matemáticas. Profesor del Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina. Universidad de Granada. España.

Correspondencia: Carlos Martín Pérez. Consultorio Médico de Dólar. C/ Escuelas, s/n. 18512 Dólar (Granada). España.

Correo electrónico: med000261@na.com.es

Este trabajo fue presentado en el XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, celebrado en Cádiz en junio de 2001, obteniendo el Premio a la Mejor Comunicación.

Manuscrito recibido el 28 de enero de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 26 de junio de 2002.

Introducción

Desde el comienzo de la reforma sanitaria, los equipos de atención primaria (EAP) asumen cada vez con mayor frecuencia un papel clave para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. Para el paciente psiquiátrico su médico de cabecera no sólo es la puerta de acceso al sistema sanitario, sino que además la mayoría de las demandas derivadas de su patología es satisfecha en su propio centro de salud. Esta situación conlleva un alto consumo de recursos sanitarios debido no sólo al volumen de trabajo que se genera y a la necesidad de formación específica en la materia que se suscita, sino también a las características propias de la enfermedad mental, que precisa de un seguimiento riguroso y presenta un alto porcentaje de cronicación. Es, por tanto, comprensible el interés que se aprecia en los últimos tiempos y en el ámbito de la atención primaria de salud (APS) en investigar la compleja relación de ésta con los problemas de salud mental, siendo la epidemiología un instrumento esencial en este proceso investigador.

Desde los primeros estudios desarrollados en los años setenta del siglo pasado, se ha abordado el problema de la prevalencia de psicopatología en la población desde distintos diseños metodológicos. Así, sobre todo en el ámbito de la AP, encontramos trabajos que estudian la prevalencia de enfermedad mental entre los usuarios que demandan atención dentro del sistema de salud¹⁻⁶. Este tipo de diseño, indudablemente interesante para la planificación y ordenación de servicios en la sanidad pública, tiende a obtener prevalencias elevadas debido fundamentalmente a que el hecho de consultar se asocia, en no pocas ocasiones, a la presencia de malestar psíquico no expresado. Diversos estudios demuestran esta relación⁷⁻¹⁰. Esta dificultad se obvia en aquellos diseños en los que la población de estudio es la comunidad, ya que reflejan la morbilidad existente libre de errores de selección, identificando además pacientes con un amplio rango de severidad¹¹⁻²⁵.

Para definir un caso psiquiátrico y llegar a un diagnóstico, la mayor parte de los estudios se escalona en dos fases: una primera de detección de psicopatología utilizando instrumentos de cribado, que nos indican probabilidad de que el individuo estudiado presente un trastorno mental, y una segunda fase que confirmaría la existencia de ese trastorno, realizando una entrevista psiquiátrica estandarizada.

Como instrumentos de cribado, se han utilizado diversos cuestionarios, pero el más usado, con diferencia, es el General Health Questionnaire (GHQ), diseñado y validado por Goldberg²⁶, en sus distintas versiones de 60, 30, 12 y, sobre todo, de 28 preguntas (GHQ-28), que posee un poder discriminativo similar a la versión de 60 ítems, pero que precisa de mucho menos tiempo para ser administrado²⁷.

Para confirmar el diagnóstico se han utilizado dos tipos de entrevistas: estructuradas y semiestructuradas, permitiendo estas últimas valorar más la opinión del entrevistador a la hora de realizar un diagnóstico. Este es el caso del Clinical Interview Schedule (CIS)²⁸, diseñado también por Goldberg para ser empleado precisamente en estudios comunitarios, y que puede ser aplicado por un psiquiatra o bien por otro personal entrenado para ello.

Los objetivos del presente estudio son determinar la prevalencia de psicopatología en una zona de salud rural, conocer su distribución diagnóstica y comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios de similar diseño.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio transversal de prevalencia de psicopatología, que se realizó en el Centro de Salud del Marquesado (Distrito Sanitario Guadix-Baza) en Granada, durante los meses de enero a marzo de 2001. El centro de salud se ubica en una zona rural, con 10 núcleos de población dispersa, de un nivel socioeconómico bajo y con un porcentaje elevado de población anciana, ya que el 23% sobrepasa 65 años.

Tomando como fuente de datos el censo electoral, se obtuvo una muestra representativa de la población mayor de edad, asumiendo un error máximo del 5%.

Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionaron 252 individuos. En una primera fase a todos ellos se les aplicó el GHQ-28 de Goldberg, una encuesta de diseño propio que recogía datos sociodemográficos, y el test CAGE para estudiar la existencia de consumo problemático de alcohol. El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems, validado en nuestro medio por Lobo et al²⁷, y con sensibilidad y especificidad variables en función del punto de corte que se fije.

A aquellas personas que obtuvieron ≥ 5 puntos en el GHQ se les consideró posibles enfermos (sensibilidad del 88% y especificidad del 84,2%) y se les ofreció participar en una segunda fase, en la que un psiquiatra de la unidad de salud mental del distrito les administró el CIS, que es una entrevista semiestructurada que comprende 2 secciones que analizan, cada una de ellas, 11 áreas de psicopatología.

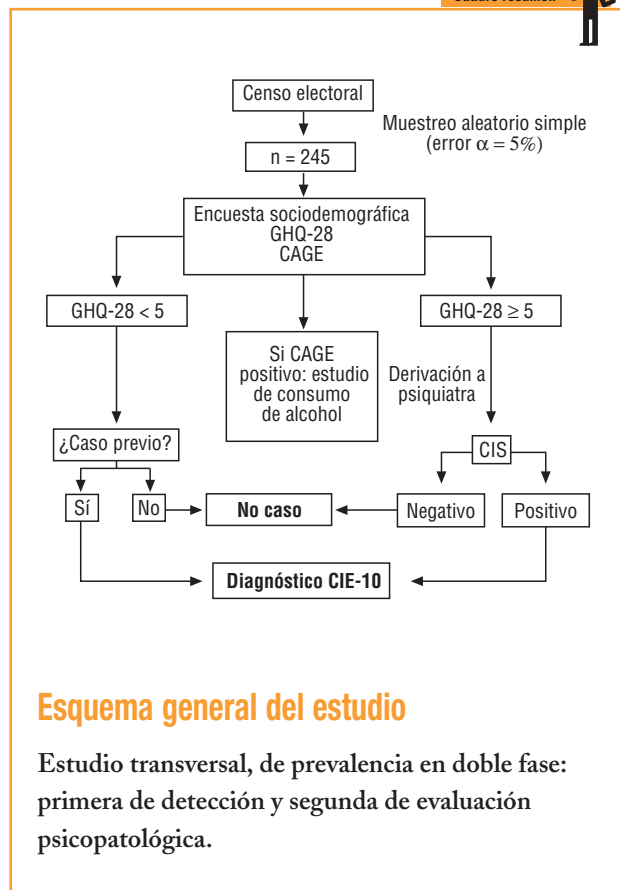
De esta manera se descartó o confirmó la existencia de psicopatología. En este último caso, se les asignó un diagnóstico según criterios CIE-10.

Las personas con puntuación en el CAGE ≥ 2 fueron estudiadas para comprobar la existencia de consumo patológico de alcohol. Con los pacientes que ya tenían establecido un diagnóstico psiquiátrico, se obvió la segunda fase, asignándoseles un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

En la primera fase hubo que subsanar errores censales y excluir del estudio a los pacientes que no residían en la zona. El porcentaje de sustituciones en todo caso fue inferior al 20% y similar al detectado en otros estudios análogos. Es preciso destacar que en este primer paso no hubo rechazos a participar, obteniéndose el 100% de las encuestas.

Sin embargo, en la segunda fase confirmatoria 7 personas con GHQ positivo rechazaron ser derivados al psiquiatra. Otros 3 pacientes tuvieron dificultades para desplazarse y el CIS se lo ad-

Material y métodos
Cuadro resumen



ministró su médico de cabecera, que fue entrenado previamente para ello. Por lo tanto, en esta fase la muestra final quedó reducida a 245 personas.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las variables obtenidas: edad, sexo, diagnóstico previo y diagnósticos obtenidos, calculándose en este último caso la prevalencia y el intervalo de confianza exacto para cada categoría y para cada grupo diagnóstico.

Para la realización de este estudio se utilizó la base de datos Microsoft Access. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 9.0. Para el cálculo de los intervalos de confianza exactos se utilizó el programa Epi Info en su versión 6.04.

Resultados

De los 245 sujetos finalmente seleccionados, 125 (51%) eran mujeres y 120 (49%), varones. La edad media de la muestra fue de 52,9 años, con una desviación estándar de 19,8; la edad mínima fue 18 años y la máxima, 89.

Respecto a los resultados tras administrar el GHQ-28, obtuvieron una puntuación ≥ 5 en la escala un total de 64 individuos, lo que representa un porcentaje del 26,1% sobre el total de la muestra.

Quince personas, es decir, un 5,7% del total, obtuvieron un test de CAGE ≥ 2 , por lo que se procedió a estudiar el posible consumo patológico de alcohol. Para ello se entrevistó a los médicos de familia de los sujetos considerados positivos, quienes confirmaron este extremo mediante entrevista con el paciente o, en su caso, revisando las historias clínicas. En 14 pacientes de los 15 positivos se confirmó un consumo perjudicial de alcohol.

Por otro lado, 42 de los pacientes seleccionados, es decir, un 17,1% de la muestra, presentaban patología mental y estaban diagnosticados en el momento de realización del estudio. A los individuos en esta situación se les clasificó directamente como casos, y se les asignó un diagnóstico CIE-10, independientemente de la puntuación obtenida en el GHQ.

Por último, a los sujetos con GHQ positivo que no poseían un diagnóstico psiquiátrico en ese momento, un total de 36 (14,6% de la muestra), se les administró el CIS, confirmando patología en 28 de ellos.

De esta manera se confirmaron 70 casos de individuos que presentan patología mental. Por tanto, la prevalencia de psicopatología es del 28,6%, con un intervalo de confianza exacto del 23,17-34,46%.

Del grupo de casos, un 61,4% eran mujeres frente al 38,6% de varones. La prevalencia para las mujeres es del 34,5% y para los varones del 22,6%. La media de edad es de 55,81 años, la desviación estándar de 18,6, con una edad mínima de 19 y una máxima de 86 años.

Por lo que respecta a los diagnósticos, hay que señalar que un total de 21 pacientes (30% sobre el total de casos) obtuvieron 2 diagnósticos. Un paciente obtuvo 3 diagnósticos.

Cuando estudiamos los diagnósticos obtenidos por grupos según la clasificación que establece el CIE-10, observamos que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, seguidos por los depresivos. En la tabla 2 se recogen las prevalencias con sus correspondientes intervalos de confianza exactos para cada grupo CIE-10 y el porcentaje sobre el total de casos.

El diagnóstico aislado más frecuente es el de distimia (9,7% del total de casos), seguido del abuso y dependencia de alcohol y el trastorno mixto ansiedad-depresión. Estos 4 diagnósticos suponen el 32,6% del total de casos.

En la tabla 3 se recogen las prevalencias con sus correspondientes intervalos de confianza exactos para cada diagnóstico CIE-10 y el porcentaje sobre el total de casos.

Cuando estudiamos los resultados por sexos, se aprecia que las mujeres poseen una prevalencia global mayor que los varones. Esta diferencia es especialmente notable en los trastornos adaptativos, la ansiedad y los trastornos depresivos. Sin embargo, la situación se invierte cuando se trata de consumo problemático de sustancias, que es mucho más prevalente en varones.

En la tabla 4 se recogen las prevalencias por sexos y grupos CIE-10.

TABLA 1 Prevalencia de psicopatías en la comunidad según diversos estudios nacionales e internacionales

Autor	Año	Instrumento diagnóstico	Lugar	Prevalencia
Goldberg et al ²⁴	1976	GHQ-60 + CIS	Reino Unido	21,6
Finlay-Jones et al ²⁵	1977	GHQ-60	Australia	16,3
Henderson et al ¹¹	1979	GHQ-30 + PSE	Canberra (Australia)	9,1
Orley y Wing ¹²	1979	PSE	Uganda	24,3
Bebbington et al ¹³	1981	PSE	Londres	10,5
Vázquez-Barquero et al ¹⁶	1981	GHQ-60 + CIS	Navarra	11,5
Mavreas et al ¹⁴	1986	PSE	Atenas	15,6
Vázquez-Barquero et al ¹⁷	1987	GHQ-60 + PSE	Cantabria	14,3
Lehtinen et al ¹⁵	1990	GHQ-60 + PSE	Finlandia	9,7
Lou Arnal et al ¹⁹	1990	GHQ-28 + CIS	Zaragoza	11
Herrera et al ¹⁸	1990	GHQ-60 + PSE	Barcelona	14,2
Seva et al ²⁰	1992	GHQ-28 + CIS	Zaragoza	11,8
Villaverde et al ²¹	1993	GHQ-28 + CIS	Tenerife	17,2
Ortega et al ²²	1995	GHQ-28 + CIS	La Rioja	12,4
Roca et al ²³	1997	GHQ-28 + SCAN	Formentera	19,4

TABLA 2 Prevalencia por grupos diagnósticos CIE-10

Grupo	N	Prevalencia	IC del 95%	Casos (%)	Porcentaje acumulado
Trastornos de ansiedad	22	8,97	5,85-13,06	23,91	23,91
Trastornos depresivos	20	8,16	5,20-21,11	21,74	45,65
Consumo perjudicial sustancias	15	6,12	3,59-9,67	16,30	61,96
Trastornos adaptativos	9	3,67	1,80-6,63	9,78	71,74
Trastornos de personalidad	7	2,85	1,25-5,56	7,61	79,35
Trastornos cognitivos	6	2,44	0,99-5,02	6,52	85,87
Trastornos psicosociales	6	2,44	0,99-5,02	6,52	92,39
Psicosis (esquizofrenia)	3	1,22	0,31-3,29	3,26	95,65
Trastornos somatomorfos	2	0,81	0,13-2,67	2,17	97,83
Trastornos del sueño	1	0,4	0,02-1,99	1,09	98,91
Retraso mental	1	0,4	0,02-1,99	1,09	100,00

Por último, en lo que respecta a la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico previo al desarrollo del estudio, cabe decir que del total de casos un 60% presentaba patología mental y ya estaba diagnosticado cuando se seleccionaron.

En la tabla 5 se recogen los grupos diagnósticos de los casos que presentando psicopatología no habían sido detectados.

Discusión

Los trastornos psiquiátricos están presentes en un porcentaje bastante elevado de la población general. En la tabla 1

se recogen los principales estudios de prevalencia de psicopatología en la comunidad, realizados tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Por lo que respecta a la distribución diagnóstica de la psicopatología hallada, en la mayoría de los estudios consultados los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos de los trastornos depresivos y del consumo patológico de alcohol²⁹.

La prevalencia que obtenemos con el presente estudio es mayor que cualquiera de las que hemos hallado en la bibliografía. El estudio internacional que obtiene una prevalencia de psicopatología más elevada (24,3%) es el desarrollado en Uganda en 1979 por Orley y Wing, que utiliza el PSE como entrevista confirmatoria¹². En el ámbito na-

TABLA 3
Prevalencia por diagnósticos CIE-10

Diagnóstico	N	Prevalencia	IC del 95%	Porcentaje sobre casos	Porcentaje acumulado
Distimia	9	3,67	1,80-6,63	9,78	9,78
Abuso de alcohol	7	2,86	1,25-5,56	7,61	17,39
Dependencia del alcohol	7	2,86	1,25-5,56	7,61	25,00
Trastorno mixto ansiedad-depresión	7	2,86	1,25-5,56	7,61	32,61
Trastorno de ansiedad no especificado	7	2,86	1,25-5,56	7,61	40,22
Trastorno depresivo no especificado	5	2,04	0,75-4,46	5,43	45,65
Trastorno de ansiedad generalizada	5	2,04	0,75-4,46	5,43	51,09
Trastorno cognitivo leve	4	1,63	0,52-3,89	4,35	55,43
Esquizofrenia paranoide	3	1,22	0,31-3,29	3,26	58,70
Episodio depresivo	3	1,22	0,31-3,29	3,26	61,96
Trastorno adaptativo de estado de ánimo depresivo < 1 mes	3	1,22	0,31-3,29	3,26	65,22
Familiar dependiente necesitado de cuidados	3	1,22	0,31-3,29	3,26	68,48
Demencia	2	0,82	0,13-2,67	2,17	70,65
Fobia social	2	0,82	0,13-2,67	2,17	72,83
Trastorno adaptativo con síntomas depresivos ≥ 1 mes	2	0,82	0,13-2,67	2,17	75,00
Trastorno adaptativo con alteración de otras emociones	2	0,82	0,13-2,67	2,17	77,17
Rasgos obsesivos de la personalidad	2	0,82	0,13-2,67	2,17	79,35
Trastorno de la personalidad no especificado	2	0,82	0,13-2,67	2,17	81,52
Conflicto de pareja	2	0,82	0,13-2,67	2,17	83,70
Consumo perjudicial de varios tóxicos	1	0,41	0,02-1,99	1,09	84,78
Trastorno bipolar episodio mixto	1	0,41	0,02-1,99	1,09	85,87
Depresión mayor	1	0,41	0,02-1,99	1,09	86,96
Trastorno depresivo recurrente de intensidad leve	1	0,41	0,02-1,99	1,09	88,04
Trastorno obsesivo-compulsivo	1	0,41	0,02-1,99	1,09	89,13
Trastorno adaptativo	1	0,41	0,02-1,99	1,09	90,22
Trastorno adaptativo con predominio de ansiedad	1	0,41	0,02-1,99	1,09	91,30
Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal	1	0,41	0,02-1,99	1,09	92,39
Trastorno por dolor	1	0,41	0,02-1,99	1,09	93,48
Terros nocturnos	1	0,41	0,02-1,99	1,09	94,57
Rasgos del trastorno límite de la personalidad	1	0,41	0,02-1,99	1,09	95,65
Otros trastornos de la personalidad	1	0,41	0,02-1,99	1,09	96,74
Trastorno mixto de la personalidad	1	0,41	0,02-1,99	1,09	97,83
Retraso mental leve	1	0,41	0,02-1,99	1,09	98,91
Estrés laboral	1	0,41	0,02-1,99	1,09	100,00

cional, el estudio que obtiene resultados de prevalencia más altos es el realizado por Roca et al en 1997 en Formentera, utilizando el GHQ-28 en la primera fase y el SCAN en la segunda y que alcanza cifras del 19,4%²³. Si comparamos nuestros resultados con aquellos otros que han utilizado los mismos instrumentos diagnósticos que los empleados por nosotros, observamos que el trabajo de estas características que obtiene una prevalencia más alta, con un 17,2%, es el realizado por Villaverde et al en 1993 en Tenerife²¹. Hay, por tanto, una diferencia de 11,4 puntos porcentuales a la baja respecto a nuestros resultados.

A pesar de haber encontrado una cifra tan elevada de prevalencia de trastornos psiquiátricos en nuestra comunidad, pensamos que esta cifra todavía puede ser más elevada, debido, por un lado, a las pérdidas habidas en la segunda fase del estudio, en la que 7 pacientes con sospecha de presentar psicopatología rechazaron la entrevista confirmatoria. Para algunos autores, los individuos con problemas mentales tienden a no participar en este tipo de estudios y mantienen una actitud defensiva³⁰, de manera que estos investigadores asumen que se produce una infravaloración de la prevalencia del 5-6%.

TABLA 4
Prevalencia por grupos diagnósticos y sexo

Grupo	Prevalencia	Mujeres	Varones
Trastornos de ansiedad	8,97	12	5,8
Trastornos depresivos	8,16	12,8	3,33
Consumo perjudicial de sustancias	6,12	1,6	10,83
Trastornos adaptativos	3,67	7,2	0
Trastornos de la personalidad	2,85	3,2	2,5
Trastornos cognitivos	2,44	3,2	1,7
Trastornos psicosociales	2,44	3,2	1,7
Psicosis (esquizofrenia)	1,22	1,6	0,83
Trastornos somatomorfos	0,81	0,81	0,81
Trastornos del sueño	0,4	0,8	0
Retraso mental	0,4	0	0,8

TABLA 5
Casos no diagnosticados por grupos CIE-10

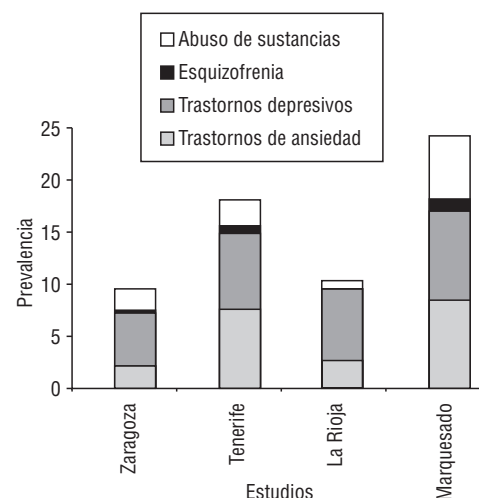
Grupo	N	No diagnosticados	%
Trastornos de ansiedad	22	16	72,7
Trastornos depresivos	20	5	25,0
Consumo perjudicial de sustancias	15	0	0,0
Trastornos adaptativos	9	5	55,6
Trastornos de la personalidad	7	3	42,9
Trastornos cognitivos	6	2	33,3
Trastornos psicosociales	6	5	83,3
Psicosis (esquizofrenia)	3	0	0,0
Trastornos somatomorfos	2	2	100,0
Trastornos del sueño	1	1	100,0
Retraso mental	1	0	0,0

Con todo, las pérdidas en nuestro estudio suponen un 2,77% de la muestra inicial, que es una cifra baja si la comparamos con el resto de los trabajos.

Por otro lado, pensamos que en el desarrollo del trabajo puede existir un sesgo de verificación, de manera que si hubiese sido posible aplicar el CIS a toda la muestra, en lugar de hacerlo sólo a la parte de ella que resultó positiva en el GHQ y que no tenía diagnóstico de trastorno psiquiátrico, la prevalencia probablemente también hubiese sido más elevada.

La diferencia de prevalencia entre sexos encontrada por nosotros, siempre a favor de las mujeres, es un hallazgo constante en este tipo de estudios, excepto en el de Roca et al²³ en el que no encuentran diferencia significativa. También lo es el que esa diferencia se sustente sobre la base de los trastornos de ansiedad y los depresivos, salvo en el estudio de Henderson.

Cuando analizamos los diagnósticos agrupados, observamos que los trastornos de ansiedad presentan cifras de prevalencia


FIGURA 1
Prevalencia de trastornos psiquiátricos frecuentes en estudios que utilizan GHQ-28 y CIS.

cia más altas que cualquiera de los estudios publicados. Si esta comparación se efectúa con los 3 estudios españoles que utilizan los mismos instrumentos diagnósticos estandariza-

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- La prevalencia de trastornos mentales es muy elevada entre la población atendida en atención primaria.
- Hay muy pocos estudios en el ámbito de la atención primaria de salud que estudien la prevalencia real de psicopatología en la comunidad.
- Los estudios publicados muestran cifras de prevalencia muy dispares.

Qué aporta este estudio

- Estudiar la prevalencia de psicopatología en la comunidad mediante un estudio a doble fase con instrumentos estandarizados.
- La prevalencia encontrada es muy alta (28,6% de la población adulta).
- Los trastornos mentales más frecuentes según grupos del CIE-10 son los trastornos ansiosos, los depresivos y el consumo problemático de alcohol. El diagnóstico aislado más frecuentemente fue distimia.

dos que nosotros, comprobaremos que las prevalencias oscilan en un 2,3-7,75%, mientras que en nuestro estudio alcanzamos un 8,96%. Algo parecido ocurre con los trastornos depresivos en los que obtenemos una prevalencia del 8,16%, en tanto que la más elevada obtenida en el resto de los estudios fue de un 6,95% en el estudio de Tenerife. Con el abuso de alcohol y otras sustancias, las diferencias se mantienen siempre en el sentido de encontrar prevalencias más altas en nuestro trabajo, de manera que el 6,12% que obtenemos queda muy lejos del 2,8% encontrado por Roca en el estudio de Formentera²³. Por lo que respecta a la esquizofrenia y otras psicosis no afectivas, la prevalencia en nuestra población se sitúa por debajo de la hallada por Herrera et al en el Baix Llobregat¹⁸, pero por encima de las encontradas en los restantes estudios.

En la figura 1 se recogen los datos para estas 4 patologías hallados en los estudios que utilizan como instrumentos diagnósticos el GHQ-28 y el CIS. En la figura 1 se incluye nuestro estudio con el epígrafe "Marquesado".

Por último, si tenemos en cuenta que la mayoría de los estudios desarrollados en AP pone de manifiesto que sólo entre un tercio y la mitad de los pacientes con psicopatología son detectados por su médico de cabecera, habrá que calificar como de bastante aceptable el hecho de que en este estudio se encuentre un 60% de diagnóstico de la patología existente. De todas maneras, consideramos de interés para futuros trabajos estudiar qué factores influyen, favoreciendo o impidiendo el correcto reconocimiento de la enfermedad mental en nuestra comunidad.

A la luz de los datos que hemos analizado, podemos afirmar por tanto que:

- La prevalencia de trastornos mentales en nuestra comunidad es muy elevada si la comparamos con los estudios publicados hasta la fecha.
- Esta elevada prevalencia está basada en porcentajes poblacionales a su vez muy elevados en trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y consumo problemático de alcohol.
- El porcentaje de morbilidad psíquica oculta (no diagnosticada) es del 40%.

Pensamos que es necesario profundizar en estos hallazgos y contribuir desde el ámbito de la APS a buscar respuestas a cuestiones tales como el estudio de los factores que influyen en la presencia de tan elevada morbilidad psiquiátrica o el uso de los servicios de salud en relación con la presencia de psicopatología.

Bibliografía

1. Goldberg DP, Blackwell BB. Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970;2:439-43.
2. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1700-6.
3. Bellantuono C, Fiorio R, Williams P, Cortina P. Psychiatric morbidity in an Italian general practice. *Psychol Med* 1987;17:243-7.
4. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:586-93.
5. Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria* 1990;7:88-93.
6. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999;23:275-9.
7. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol med* 1999;29:1347-57.
8. Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tieney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:838-48.
9. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellá D, Fernández Punset D, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998;22:627-30.
10. Stefansson CG, Svensson C. Identified and unidentified mental illness in primary health care—social characteristics, medical measures and total care utilisation during one year. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:24-31.
11. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979;60:355-74.
12. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:513-20.
13. Bebbington PE, Hurry J, Tennant C. The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med* 1981;11:561-80.
14. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens: a community study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidem* 1986;4:172-81.
15. Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Väisänen E. The prevalence of PSE-Catego disorders in a Finnish adult population cohort. *Social Psychiatr Psychiatr Epidem* 1990;25:187-92.
16. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The influence to of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65:161-70.
17. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldana J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987;17:227-41.
18. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inf Psiquiatr* 1990;120:111-30.
19. Lou Arnal S, Magallón Botalla R, Orozco González F, Arto Serrano A, Pons Pons L, Betorz Latorre JJ, et al. Estudio epidemiológico en salud mental en una zona de salud. *Aten Primaria* 1990;7:338-44.
20. Seva A, Magallón R, Sarasola A, Merino JA. Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en la ciudad de Zaragoza (proyecto SAMAR-89). *An Psiquiatría* 1992;8:45-55.
21. Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de la Rivera JL et al, editores. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
22. Ortega MA, Seva A, Pérez A. Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja. *An Psiquiatría* 1995;11:320-6.

23. Roca M, Gili M, Ferrer V. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedules for clinical assessments in neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;74:410-5.
24. Goldberg DP, Kay C, Thompson L. Psychiatric morbidity in general practice and community. *Psychol Med* 1976;6:565-9.
25. Finlay-Jones R, Burvill PW. Contrasting demographic patterns of minor psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med* 1978;8:455-66.
26. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph. London: Oxford University Press, 1972.
27. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
28. Goldberg DP, Cooper E, Eastwood M, Kedward HE, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prevent Soc Med* 1970;24:18-23.
29. Retolaza Balsategui A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; p. 55-72.
30. Cox A, Rutter M, Yule B, Quinton D. Bias resulting from missing information some epidemiological findings. *Br J Prevent Soc Med* 1977;31:131-6.